

Actions en Santé Publique



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Faculté de Médecine
INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE
PLANIFICATION SANITAIRE QUALITATIVE

JEU PATHOLOGIQUE

Docteur Jean-Pierre Papart
Coordinateur Axe Santé Mentale
Planification sanitaire qualitative

JUILLET 2000

Actions en Santé Publique

19a, Avenue Choiseul, CH 1290 Versoix, Suisse.

Téléphone : 00 41 22 755 32 32 / 00 41 22 755 32 78 / 00 41 79 372 73 50

Email : Actions-SP@bluewin.ch

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
HISTORIQUE.....	7
EPIDEMIOLOGIE.....	9
ETIOLOGIE	11
DIAGNOSTIC.....	13
TRAITEMENT	15
RECOMMANDATIONS.....	19
REFERENCES.....	21
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES	25
ANNEXE 2 : SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN	27

INTRODUCTION

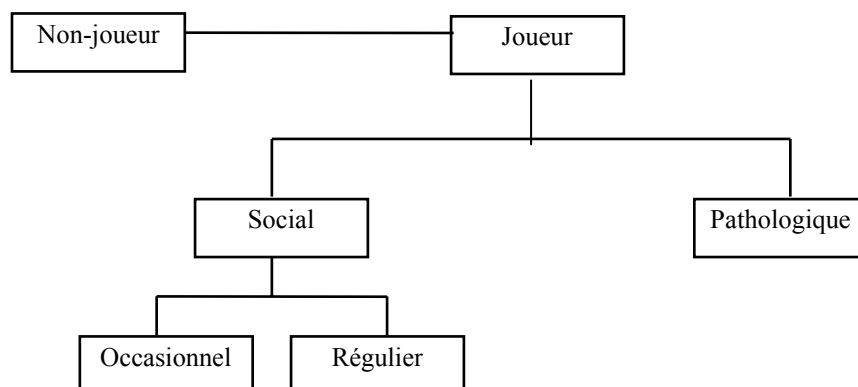
Les jeux d'argent et de hasard constituent déjà une très vieille histoire. Des découvertes archéologiques ont mis en évidence des objets utilisés pour les jeux de hasard dans l'ancienne Babylone (- 3000). La première loterie d'Etat a été organisée par le Gouvernement d'Elisabeth I en 1566 (Clotfelter, 1989). En 1866, Dostoevsky publia son roman *Le joueur* dans l'espoir d'être en mesure d'honorer ses propres dettes de jeu.

Tableau 1 : étymologie.

παιδια (paidia)	le jeu de l'enfant (παιζ, παιδοζ), le divertissement	<i>ludus</i>	play
χυλεια (kouleia)	le jeu de hasard (de l'arabe <i>az-zahr</i> , jeu de dés),	<i>alea</i>	game

Le jeu pathologique est un problème important attesté par le fait que ceux qui en sont victimes sont davantage touchés que la population générale par des problèmes physiques et psychologiques, par le divorce, la perte du travail, la ruine ou l'emprisonnement (Gerstein, 1999).

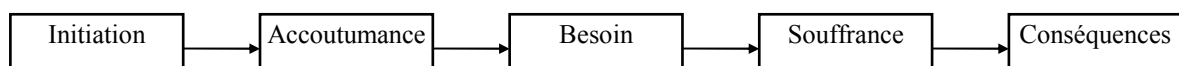
Seule une faible minorité des joueurs sont ou deviennent avec la pratique du jeu des joueurs pathologiques, la majorité sont ou restent des joueurs sociaux (« social gamblers »). Lenoir décrit ceux-ci comme capables de délaissé leur jeu, ne reliant pas leur valeur personnelle au gain ou à la perte, valorisant d'autres aspects gratifiants de leur vie et considérant le jeu comme un divertissement (Lenoir, 1991).



HISTORIQUE

A partir d'un cas, Monsieur M.X., 27 ans, entré au Service de Prophylaxie Mentale de l'Hôpital Henti-Rousselle en mars 1929, Dupouy et Chatagnon vont décrire le premier modèle épidémiologique du jeu pathologique (Dupouy, 1929). Dès ce moment, le jeu pathologique est assimilé à une toxicomanie (concept datant de la fin du XIX^e siècle).

Modèle épidémiologique (histoire naturelle de la maladie) proposée par Dupouy et Chatagnon :



Le jeu pathologique apparaît « officiellement » comme une pathologie médicale pour la première fois lors de son introduction en 1977 dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé et en 1980 dans le DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'Association américaine de psychiatrie. Cette médicalisation n'a pas été acceptée d'emblée par chacun et a fait l'objet d'importantes résistances (Vatz, 1986).

Dans sa version révisée, le DSM-III-R (1987), le jeu pathologique est classé parmi les « troubles du contrôle des impulsions » aux côtés de la kleptomanie, de la trichotillomanie (besoin de s'arracher les cheveux) et de la pyromanie. Toutefois, des symptômes présentés dans les deux classifications, CIM et DSM, font du jeu pathologique un problème d'addiction (Sullivan, 1994).

Entre la version III et la version III-R du DSM, le jeu pathologique passe d'un statut d'incapacité à résister au jeu à celui d'une inadaptation à résister au jeu. L'incapacité à résister au jeu a l'avantage pour le joueur de le délier de sa responsabilité pénale par rapport aux conséquences du jeu, contrairement à la difficulté à résister au jeu

qui au contraire préserve sa responsabilité. On peut légitimement parier que les procureurs ont assisté les médecins dans la rédaction de la nouvelle définition du jeu pathologique.

Actuellement, on considère trois phases dans l'évolution naturelle du jeu pathologique :

1. Phase de gain (« winning phase »)

Des gains initiaux ne sont pas interprétés comme un résultat du hasard mais comme la résultante de la personnalité exceptionnelle du joueur. Cette fausse représentation renvoie à un problème cognitif.

2. Phase de perte (« losing phase »)

Aux premières pertes succède un comportement de jeu dont l'objectif conscient et immédiat est de « se refaire ». Cette phase aboutit à diverses complications en relation avec des problèmes familiaux, de travail et de dettes de jeu.

3. Phase de désespoir (« desperation phase »)

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les premières estimations de prévalence du jeu pathologique proviennent du travail d'une commission officielle américaine qui estima en 1974 qu'un million cent mille personnes étaient de probables joueurs compulsifs, soit 0.77% de la population adulte (Commission on the Review of the National Policy Towards Gambling, 1976). Ce chiffre fut considéré comme une évaluation sousestimée (Nadler, 1985), mais c'est seulement en 1985 qu'on mesura la prévalence à travers une enquête épidémiologique (Culleton, 1985). Cette étude apportait un taux de prévalence de 2.5% de joueurs pathologiques probables dans la population adulte et de 3.4% de joueurs pathologiques potentiels. Une étude conduite dans la population newyorkaise en 1986 établit un taux de prévalence de 1.4% de joueurs pathologiques probables (Unpublished paper by Volberg, 1986).

Au début des années '90, une enquête épidémiologique nationale fut conduite en Nouvelle Zélande et a permis de mesurer la prévalence sur la vie du jeu pathologique ($2.7\% \pm 0.5\%$) ainsi que la prévalence ponctuelle ($1.2\% \pm 0.3\%$) (Abbott, 1996).

En 1997, une méta-analyse sur la prévalence du jeu pathologique aux Etats-Unis et au Canada fut réalisée à partir de 152 études épidémiologiques dont 120 furent retenues pour les estimations (Shaffer, 1997). La prévalence sur la vie était de 1.6% dans la population adulte (IC 95% : 1.4% - 1.9% et 3.9% chez les jeunes (IC 95% : 2.3% - 5.4%). La prévalence ponctuelle était de 1.1% chez les adultes (IC 95% : 0.9% - 1.4%) et de 5.8% chez les jeunes (IC 95% : 3.2% - 8.4%). Cette méta-analyse a aussi permis de mettre en évidence une augmentation significative de la prévalence du jeu pathologique depuis 20 ans.

Les enquêtes de prévalence conduites en Europe ont donné des résultats comparables à ceux mesurés en Amérique du Nord (Becona, 1996a).

Les chiffres mis en évidence en Suisse sont un peu inférieurs : 0.79% pour les joueurs pathologiques probables et 2.18% pour les joueurs potentiellement pathologiques (Osiek, document non publié, 1999).

Une accessibilité augmentée au jeu entraîne une plus forte prévalence du jeu pathologique (Ladouceur, 1999). Il existe une nette corrélation entre la disponibilité des jeux et le nombre de joueurs d'une part, ainsi que le nombre de joueurs pathologiques d'autre part (Volberg, 1994).

ETIOLOGIE

Différentes recherches n'apportent pas d'éléments étiologiques, mais seulement quelques associations privilégiées sans justification théorique, en particulier une intelligence supérieure, de hautes capacités sportives, un caractère compétitif, des succès professionnels. Un profil de « gagnant » a ainsi été décrit par Custer (1981, 1984).

Des antécédents familiaux (premier degré) psychopathologiques de désordres affectifs majeurs (en particulier PMD) sont retrouvés dans une proportion d'un tiers (Linden, 1984 ; Roy, 1988 ; Moskowitz, 1980) et d'alcoolisme dans une même proportion (Linden, 1984 ; Roy, 1988 ; Wolkowitz, 1985).

Des antécédents personnels d'alcoolisme et/ou de toxicomanie sont retrouvés chez un tiers des joueurs pathologiques (McCormick, 1984). Aux Etats-Unis, on retrouve 30% d'alcooliques chez les joueurs pathologiques et 15% de joueurs pathologiques chez les alcooliques (Sullivan, 1994). Les joueurs pathologiques et les alcooliques présentent des traits de personnalité semblables et significativement différents du reste de la population (McCormick, 1987). Il en est de même par rapport pour les addictions aux autres produits que l'alcool (Wray, 1981 ; Lesieur, 1986). En particulier, les joueurs pathologiques montrent fréquemment un trait de personnalité hostile (Roy, 1989). Le syndrome de sevrage de l'addiction au jeu présente beaucoup de similitude avec ceux rencontrés dans les toxicomanies : dysphorie, irritabilité, céphalées, douleurs abdominales, tremblements et cauchemars (Custer, 1982).

Plus spécifiquement, il a été démontré que la prise d'alcool, y compris de faibles quantités, a un effet inhibiteur du self-contrôle par rapport au jeu (Kyngdon, 1999).

Un épisode dépressif majeur est retrouvé chez les trois quarts des patients consultant pour jeu pathologique (Linden, 1984 ; McCormick, 1984 ; Wolkowitz, 1985 ; Becona, 1996), soit à titre précurseur soit secondaire (Roy, 1988). La dépression augmente le risque de perte de contrôle chez les joueurs (Corless, 1989). Plusieurs

auteurs ont formulé l'hypothèse que le jeu remplit une fonction thérapeutique antidépressive (Wolkowitz, 1985 ; Custer, 1982).

Roy *et al.* ont testé l'hypothèse que les joueurs pathologiques présentaient des taux de noradrénaline inférieurs à ceux mesurés chez les joueurs non-pathologiques (dans le LCR et les urines). Ce neurotransmetteur est secrété en cas de stress, de stimulation ou d'excitation. Le jeu permettrait aux joueurs pathologiques d'augmenter leur niveau de noradrénaline. Le comportement de jeu serait ainsi poursuivi pour l'effet d'excitation qu'il procure et le bien-être expérimenté par de plus fortes concentrations de noradrénaline (Roy, 1988 ; Roy, 1989a).

DIAGNOSTIC

Le jeu pathologique est répertorié dans la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportements de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1994) comme un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) et précisément comme un trouble des habitudes et des impulsions (F63). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) classe le jeu pathologique comme un trouble du contrôle des impulsions non classés ailleurs (voir annexe 1).

Comme le jeu pathologique peut être à l'origine d'importantes conséquences personnelles ou sociales, il est important qu'il puisse être dépisté rapidement. En effet, le jeu pathologique est connu pour présenter des conséquences graves : séparation, divorce (Lorenz, 1986), dettes, dépression (McCormick, 1984), suicide¹ (Phillips, 1997), échec professionnel (Lesieur, 1984) ou scolaire (Ladouceur, 1988), actes répréhensibles (Ladouceur, 1994) et poursuites judiciaires civiles et pénales (Cunningham-Williams, 1998), dépression et suicide du conjoint du joueur (Lorenz, 1983).

La grille diagnostique la plus valide et la plus fiable actuellement disponible est celle de Lesieur et Blume (1987) appelée le « South Oaks Gambling Screen » (SOGS) (Voir annexe 2) sur les critères proposés dans le DSM-III et est hautement corrélée avec ceux du DSM-III-R. Cet instrument a été développé par l'équipe de thérapeutes du jeu de l'hôpital de South Oaks (Long Island, NY). La validité du test est très bonne avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 95% (Lesieur, 1987). Sa fiabilité est aussi très bonne avec un Cronbach's alpha = 0.97 et un résultat de corrélation test-retest très significatif (Lesieur, 1987). Le test a été publié en septembre 1987 dans l'American Journal of Psychiatry (Lesieur, 1987) et est donc d'usage libre non protégé commercialement.

¹. Las Vegas présente une incidence du suicide parmi les plus élevées aux USA (Phillips, 1997). Selon l'Association américaine de psychiatrie (1994), 20% des joueurs pathologiques auraient commis au moins une tentative de suicide.

Face à un SOGS positif on évoquera toujours un diagnostic différentiel avec un premier épisode ou une récurrence d'état maniaque lié à un trouble bipolaire (Akiskal, 1987, Moskowitz, 1980).

TRAITEMENT

Le but de la prise en charge thérapeutique semble aujourd'hui faire l'objet d'un consensus résumé ainsi par Lenoir (1991) : « L'objectif final est de rendre acceptable un jeu, raisonné, qui a perdu son caractère obsédant. C'est l'accession à une castration symbolique, accepter de perdre sans vouloir combler les insuccès par de nouvelles mises, se résoudre à ne pas tout miser pour gagner à n'importe quel prix ».

A la stratégie consistant à aider le patient à contrôler son comportement de jeu doit être couplé la prise en charge d'une dépression concomitante fréquemment associée, ainsi aussi qu'éventuellement, un comportement alcoolique.

La thérapie médicamenteuse trouve sa place dans la prise en charge du jeu pathologique uniquement en relation avec la comorbidité psychiatrique associée, en particulier, la dépression (Murray, 1993 ; Lopez, 1997). Dans sa méta-analyse sur l'efficacité thérapeutique du jeu pathologique, la Cochrane Library, n'a pu mettre en évidence que des essais cliniques randomisés évaluant des thérapies psychologiques, mais rien sur les thérapies d'autres types, médicamenteuses en particulier (Oakley-Browne, 2000).

Parmi les thérapies psychologiques, on trouve :

- Les techniques comportementales : thérapie aversive (Barker, 1968), counselling comportemental, désensibilisation mentale ;
- Les techniques cognitives : thérapies émotives rationnelles, thérapies cognitives (Ladouceur, 1998) ;
- Les techniques cognitivo-comportementales (Ladouceur, 1994a) ;
- Les techniques d'enrichissement émotionnel.

Il semble bien, qu'à l'heure actuelle, l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale soit la plus efficace (Lopez, 1997).

Approche cognitivo-comportementale

Le postulat fondamental de cette approche thérapeutique est que le jeu n'est pas en soi pathologique, si ce n'est chez des individus expérimentant un faible niveau de contrôle, éventuellement acquis par la pratique du jeu elle-même (Greenberg, 1982 ; Orford, 1988).

L'abstinence complète, à l'instar de ce qui est généralement admis pour l'alcoolisme, n'est pas considéré comme un objectif thérapeutique pertinent (Rankin, 1982).

La stratégie thérapeutique consiste donc à aider le joueur pathologique à opérer un changement dans son comportement de jeu. Le processus de changement s'opèrerait en quatre phases :

1. Phase de précontemplation : investigation avec le patient de son comportement afin d'opérer chez lui un réinvestissement cognitif de sa situation.
2. Phase de contemplation : reconnaissance par le joueur du caractère pathologique de son comportement à travers la prise de conscience de la souffrance, de la tension et la perte de liberté y afférant (McConaghy, 1983).
3. Phase de changement : permise par la motivation opérée au cours des deux premières phases.
4. Phase de maintien : autocontrôle des stimuli liés au jeu, représentation anticipée des effets péjoratifs du jeu, activation cognitive d'une représentation raisonnable du jeu par l'acceptation du hasard comme seul déterminant du jeu (Rankin, 1982).

Au Québec, Ladouceur a développé une approche plus strictement cognitive que comportementale (Ladouceur, 1988 ; Sylvain, 1997 ; Ladouceur, 1998a). Cette approche, dite de restructuration cognitive, comprend les quatre étapes suivantes :

1. Prise de conscience de la notion de hasard : lui seul est l'unique déterminant du jeu.
2. Compréhension de la notion d'irrationalité : représentations inadéquates.
3. Prise de conscience des représentations inadéquates.

4. Correction cognitive : identification des représentations inadéquates au cours du jeu et substitution de perceptions appropriées.

La méta-analyse Cochrane (Oakley-Browne, 2000) n'a pu mettre en évidence que 4 essais cliniques randomisés (ECR) de qualité acceptable (sur un total de 17 disponibles) et exclusivement relatifs à des prises en charge de type psychologique. Les traitements comportementaux et cognitivo-comportementaux se sont montrés efficaces à court terme (comportement de jeu adéquat ou abstinence à 1 mois) (RR = 0.44, IC 95% : 0.24-0.81). Il y a eu une tendance à l'efficacité à long terme (6 mois) mais sans que cela soit statistiquement significatif (RR = 0.61, IC 95% : 0.25-1.47). Les auteurs de la méta-analyse Cochrane ont conclu à une évidence, quoique faible, du traitement du jeu pathologique. Sur le plan méthodologique, ces quatre études présentaient des biais, en particulier une absence de distribution à l'aveugle des cas et des témoins et de très faibles échantillons.

Tableau 2 : Essais cliniques randomisés analysés par Oakley-Browne *et al.*

	McConaghy 1988	McConaghy 1991	Echeburua 1996	Sylvain 1997
Participants	10 + 10	20 * 5	16 * 4	14 + 15
Intervention	Désensibilisation mentale	Désensibilisation mentale ; Thérapie aversive ; Exposition	Exposition ; Restructuration cognitive ; Les deux	Correction cognitive ; Problem solving training ; Social skills training ; Prévention rechutes

Groupes d'entraide

Gamblers Anonymous (joueurs anonymes) a été créé en 1957 aux Etats-Unis sur le modèle des Alcooliques Anonymes. A l'instar des Alcooliques Anonymes (AA), les Joueurs Anonymes (GA) prônent l'abstinence complète par rapport au jeu à travers

un processus en 12 étapes. Mais, contrairement à la prise en charge des alcooliques par les AA, la prise en charge du jeu pathologique par les GA n'a pas fait preuve d'efficacité² (Brown, 1985 ; Stewart, 1988). Cette absence d'efficacité est vraisemblablement en relation avec un objectif thérapeutique non pertinent dans le contexte du jeu pathologique, celui d'une abstinence complète.

Traitements pharmacologiques

Plusieurs médicaments sont utilisés avec des succès non confirmés : la clomipramine (Anafranil®) (DeCaria, 1996) et la naltrexone (Nemexin®) et la fluoxétine (Fluctine® ; Prozac®) (Sullivan, 1994).

². Seulement 8% d'abstinence après une année de suivi (Brown, 1985).

RECOMMANDATIONS

1. Rendre accessible un autotest de dépistage du jeu pathologique probable et du jeu pathologique potentiel au niveau des salles de jeux à travers un logiciel ad hoc.
2. Construire un site web d'information sur le jeu pathologique et les moyens d'aide aux personnes en difficulté (joueurs ou proches de joueur).
3. Ouvrir une hotline électronique et téléphonique accessible aux joueurs s'étant prêtés à un autotest de dépistage, aux joueurs en recherche d'aide, aux personnes souffrant du jeu pathologique d'un proche et à toute personne concernée par le jeu pathologique.
4. Créer et développer au moins une unité de prise en charge cognitivo-comportementale du jeu au niveau du Canton.
5. Proposer au Grand Conseil une loi de prohibition de la publicité sur le jeu.
6. Limiter très fortement la consommation alcoolique dans les salles de jeux.

RÉFÉRENCES

1. Abbott MW, Volberg R. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, **12**, 143-160, 1996.
2. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the « soft » bipolar spectrum: treatment implications, *Psychopharmacology Bulletin*, **23**, 68-73, 1987.
3. Barker JC, Miller M. Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **6**, 87-102, 1968.
4. Becona E, Del Carmen Lorenzo M, Fuentes MJ. Pathological gambling and depression. *Psychol Rep*, **78**, 635-40, 1996.
5. Becona E. Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, **12**, 179-191, 1996a.
6. Clotfelter CF, Cook PJ. Selling hope: state lotteries in America. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.
7. Corless T, Dickerson M. Gamblers' self-perceptions of the determinants of impaired control. *Br J Addict*, **84** (12), 1527-37, 1989.
8. Culleton R. A survey of pathological gamblers in the State of Ohio. Philadelphia, Transition Planning Associates, 1985.
9. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorder - results from the St. Louis epidemiologic catchment area study. *Am J Public Health*, **88**, 1093-6, 1998.
10. Custer RL. Soft signs of pathological gambling. *Fifth National Conference in Gambling*, Reno, Nevada, University of Nevada, 1981.
11. Custer RL. Gambling and addiction, in Craig & Baker (Eds.), *Drug dependent patients: Treatment and research*, Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1982.
12. Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry*, **45**, 35-38, 1984.
13. DeCaria CM, Hollander E, Grossman R, Wrong CM, Mosovich SA, Cherkasky S. Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, **57**, 80-84, 1996.

14. Dupouy R, Chatagnon P. Le joueur, esquisse psychologique. *Annales médico-psychologiques*, 1929, 101-112, 1929.
15. Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **24**, 51-72, 1996.
16. Gerstein DR, Volberg RA, Harwood R, Christiansen EM, Murphy S, Toce M. Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago, IL: National Opinion Research Center, 1999.
17. Greenberg D, Rankin H. Compulsive gamblers in treatment. *Br J Psychiatry*, **140**, 364-366, 1982.
18. Ladouceur R, Mireault C. Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *J Gambling Behavior*, **4**, 3-12, 1988.
19. Ladouceur R, Gaboury A, Duval C. Modification des verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette américaine et prise de risque monétaire. *Science et Comportement*, **18**, 58-68, 1988a.
20. Ladouceur R. La psychologie des jeux de hasard et d'argent : aspects fondamentaux et cliniques. *Loisir et Société*, **17** (1), 215-234, 1994.
21. Ladouceur R, Boisvert JM, Dumont. Cognitive-behavioural treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavioural Modification*, **18**, 230-242, 1994a.
22. Ladouceur R, Sylvain C, Letarte H, Giroux I, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behav Res Ther*, **36**, 1111-9, 1998.
23. Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Can J Psychiatry*, **44** (8), 802-4, 1999.
24. Lenoir G. Passion frénétique du jeu et maladie affective, *L'Evolution Psychiatrique*, **56** (4), 805-822, 1991.
25. Lesieur HR. The chase: career of the compulsive gambler. Cambridge, Mass, Schenkman, 1984.
26. Lesieur HR, Blume SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **10**, 33-38, 1986.
27. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers, *Am J Psychiatry*, **144** (9), 1184-8, 1987.

28. Linden RD, Jonas JM, Pope HG. Pathological gambling and major affective disorder, *137th annual meeting of the APA*, 1984.
29. Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin Psychol Rev*, **17**, 689-702, 1997.
30. Lorenz VC, Shuttlesworth DE. The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *J Community Psychol*, **11**, 67-76, 1983.
31. Lorenz VC, Yaffee R. Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *J Gambling Behavior*, **2**, 40-49, 1986.
32. McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski AP. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry*, **142**, 366-372, 1983.
33. McConaghy N, Armstrong M, Blaszczynski A, Allcock C. Behavioural completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavioural Modification*, **12** (3), 371-384, 1998.
34. McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two to nine year follow up. *British Journal of Psychiatry*, **159**, 390-393, 1991.
35. McCormick RA, Russo A, Ramirez L. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*, **142** (2), 215-218, 1984.
36. McCormick RA, Taber J, Kruegelbach N, Russo A. Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California Personality Inventory, *J Clin Psychol*, **43** (5), 521-7, 1987.
37. Moskowitz JA. Lithium and lady luck. *N Y State J Med*, **80**, 785-8, 1980.
38. Murray JB. Review of research on pathological gambling. *Psychol Rep*, **72** (3), 791-810, 1993.
39. Nadler LB. The epidemiology of pathological gambling: critique of existing research and alternative strategies. *J Gambling Behavior*, **1**, 35-50, 1985.
40. Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Interventions for pathological gambling (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, Issue 2, 2000.
41. OMS, CIM-10 / ICD-10. Classification internationale des maladies. 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions

- cliniques et directives pour le diagnostic, par l'Organisation Mondiale de la Santé (Genève). Masson. 1994.
42. Orford J. Pathological gambling in its treatment. *Br Med J*, **296**, 729-730, 1988.
 43. Osiek C, Bondolfi G, Ferrero F. Etude de prevalence du jeu pathologique en Suisse, document non publié, 1999.
 44. Phillips DP, Welty WR, Smith MM. Elevated suicide levels associated with legalized gambling. *Suicide Life Threat Behav*, **27**, 373-8, 1997.
 45. Rankin H. Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Res Ther*, **20**, 185-187, 1982.
 46. Roy A, Bryan A. Pathological gambling: a psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry*, **45**, 369-373, 1988.
 47. Roy A, Custer R, Lorenz V, Linnoila M. Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatr Scand*, **80** (1), 37-9, 1989.
 48. Roy A, De Jong J, Linnoila M. Extraversion in pathological gamblers; correlates with indexes of noradrenergic function, *Arch Gen Psychiatry*, **46**, 679-681, 1989a.
 49. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: A meta-analysis. Boston: Harvard Medical School Division on Addictions, 1997.
 50. Stewart RM, Brown RIF. An outcome study of Gamblers Anonymous. *Br J Psychiatry*, **152**, 284-288, 1988.
 51. Sullivan S. Pathological gambling. *Patient Management*, 1-4, 1994.
 52. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol*, **65**, 727-32, 1997.
 53. Vatz R, Weinberg LS. Is compulsive gambling really a disease? Let's call that bluff. *Washington Post*, Apr 2-6, 1986.
 54. Volberg RA. The prevalence of pathological gamblers: implication for public health. *Am J Pub Health*, **84**, 237-241, 1994.
 55. Wolkowitz OM, Roy A, Doran AR. Pathological gambling and other risk - taking pursuit. *Psychiatric Clinics of North America*, **8**, 311-321, 1985.
 56. Wray I, Dickerson MG. Cessation of high frequency gambling and withdrawal symptoms. *Br J Addict*, **76**, 401-405, 1981.

ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES

CIM-10 / ICD-10 (1993)

- A. Episodes répétés de jeu (au moins deux épisodes) pendant au moins un an.
- B. Ces épisodes ne rapportent aucun profit à la personne, mais ils se répètent malgré la présence d'une détresse personnelle et l'interférence avec le fonctionnement personnel dans la vie quotidienne.
- C. Le sujet décrit un besoin intense de jouer, difficile à contrôler et déclare être incapable de s'arrêter de jouer par le seul effort de sa volonté.
- D. Le sujet est préoccupé par des idées ou des images mentales représentant l'acte de jouer ou les circonstances qui l'entourent.

DSM-III-R (1987)

Comportement inadapté de jeu, comme en témoignent au moins quatre des critères suivants :

- 1. Le sujet est fréquemment préoccupé par le jeu ou essaie d'obtenir de l'argent pour jouer.
- 2. Jeu fréquent comportant des enjeux importants ou se prolongant pendant une durée supérieure à celle prévue.
- 3. Besoin d'augmenter l'importance ou la fréquence des paris pour atteindre l'état d'excitation désirée.
- 4. Agitation ou irritabilité quand il est impossible de jouer.
- 5. Perte répétées d'argent au jeu et lors de tentatives de regagner le lendemain l'argent perdu (pour se « refaire »).
- 6. Efforts répétés pour arrêter ou restreindre cette activité.
- 7. Jeu fréquent lorsque les échéances sociales ou professionnelles sont imminentes.
- 8. Sacrifice d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives pour le jeu.

9. Poursuite du jeu en dépit d'une incapacité à acquitter le montant de ses dettes ou de problèmes sociaux, professionnels ou légaux significatifs, alors que le sujet se rend compte qu'il aggrave ces derniers en jouant.

DSM-IV (1994)

Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par le jeu (par ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par ex. des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire »).
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique de jeu.
9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

ANNEXE 2 : SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN

1. Indiquez quel(s) type(s) de jeu vous avez déjà pratiqué au cours de votre vie et pour chaque jeu, spécifiez combien de fois vous avez participé à cette activité au cours des 12 derniers mois.

	Au cours de votre vie		Au cours des 12 derniers mois				
	OUI	NON	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
a) Acheter des billets de loterie	0	1	0	1	2	3	4
b) Aller au casino (légal ou illégal)	0	1	0	1	2	3	4
c) Jouer au bingo pour de l'argent (pas la Loto-bingo)	0	1	0	1	2	3	4
d) Jouer aux cartes pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
e) Parier sur des courses de chevaux, de chiens, ou d'autres animaux	0	1	0	1	2	3	4
f) Jouer au marché boursier ou sur des marchés à termes	0	1	0	1	2	3	4
g) Jouer aux machines à sous, au poker vidéo ou à d'autres types de machines pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
h) Jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
i) Jouer aux dés pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
j) Parier sur les sports	0	1	0	1	2	3	4
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent?	0	1	0	1	2	3	4
Précisez: _____							

2. Quel est le plus gros montant d'argent que vous avez joué ou parié en une seule journée? _____

3. Est-ce que vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?

_____ Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop

_____ Mon père joue (ou jouait) trop

_____ Ma mère joue (ou jouait) trop

_____ Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop

4. Lorsque vous avez joué au cours des douze derniers mois, combien de fois /êtes-vous retourné(e) au jeu un autre jour pour vous refaire, c'est-à-dire pour regagner l'argent perdu auparavant?
- _____ Jamais
_____ Quelquefois (moins de la moitié des fois où j'ai perdu)
_____ La plupart des fois où j'ai perdu
_____ Chaque fois que j'ai perdu
5. Avez-vous prétendu, au cours des douze derniers mois, avoir gagné de l'argent en jouant alors qu'en réalité vous en aviez perdu?
- _____ Jamais (ou je n'ai jamais joué)
_____ Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu
_____ Oui, la plupart du temps
6. Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des douze derniers mois?
- _____ Non
_____ Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement
_____ Oui
7. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention?
- Oui _____ Non _____
8. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu au cours des douze derniers mois?
- Oui _____ Non _____
9. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous déjà senti(e) coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez?
- Oui _____ Non _____
10. Au cours des douze derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable?
- Oui _____ Non _____
11. Au cours des douze derniers mois, avez-vous caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie?
- Oui _____ Non _____
12. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent?
- Oui _____ Non _____

13. (Si vous avez répondu oui à la question 20) : Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu?

Oui _____ Non _____

14. Au cours des douze derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt en raison de votre jeu?

Oui _____ Non _____

15. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail (ou de l'école) en raison du jeu?

Oui _____ Non _____

16. Avez-vous emprunté de l'argent au cours des douze derniers mois pour jouer ou pour payer des dettes de jeu?

Oui _____ Non _____

SI OUI, d'où provenait cet argent?

	Oui	Non
A) De votre budget familial	_____	_____
B) De votre conjoint(e), ami(e) "de coeur"	_____	_____
C) De membres de votre famille ou de votre belle-famille	_____	_____
D) De banques, sociétés de crédits ou institutions de prêts	_____	_____
E) De cartes de crédit	_____	_____
F) De prêts usuriers (Shylocks)	_____	_____
G) De vente d'actions, de bons d'épargne ou d'autres valeurs	_____	_____
H) De vente de propriétés personnelles ou familiales	_____	_____
I) En faisant de faux chèques	_____	_____
J) Vous avez (ou avez eu) une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)	_____	_____
K) Vous avez (ou avez eu) une marge de crédit avec un casino	_____	_____

FEUILLE DE COTATION DU QUESTIONNAIRE SOGS

Nom: _____

Date: _____

Accorder un point aux questions suivantes	
Q.4 - Si La plupart des fois ou chaque fois que j'ai perdu	
Q.5- Si Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu ou Oui, la plupart du temps.	
Q.6- Si oui, il y a quelques mois mais pas actuellement ou Oui.	
Q.7- Si oui	
Q.8- Si oui	
Q.9- Si oui	
Q.10- Si oui	
Q.11- Si oui	
Q.13- Si oui (Q.12 n'est pas comptée)	
Q.14- Si oui	
Q.15- Si oui	
Q.16- A) Si oui	
B) Si oui	
C) Si oui	
D) Si oui	
E) Si oui	
F) Si oui	
G) Si oui	
H) Si oui	
I) Si oui	
Les items J et K ne sont pas comptés	
TOTAL	/20

Interprétation des scores:

0 À 2: Bon contrôle des habitudes de jeu

3 et 4: Attention, le jeu peut être un problème

5 à 8: Le jeu est un problème

9 et plus: Problème de jeu de grande intensité

Selon les auteurs du questionnaire: **5 et plus:** Joueur excessif ou pathologique probable